

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### A propos de trois lois belges

Delfosse, Marie-Luce

*Published in:*

Etica et professioni sanitarie in Europa. Un dialogo tra medicina e filisofia

*Publication date:*

2014

*Document Version*

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*

Delfosse, M-L 2014, A propos de trois lois belges: quelle synergie entre l'éthique médicale, la bioéthique, la déontologie et le droit? Dans *Etica et professioni sanitarie in Europa. Un dialogo tra medicina e filisofia*. Università degli Studi di Trento edn, VOL. 5, Trento, p. 57-78.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

MARIE-LUCE DELFOSSE

À PROPOS DE TROIS LOIS BELGES: QUELLE SYNERGIE ENTRE  
L'ÉTHIQUE MÉDICALE, LA BIOÉTHIQUE,  
LA DÉONTOLOGIE ET LE DROIT ?

1. *Introduction*

1.1. *Le contexte*

L'éthique médicale et la bioéthique contribuent certes à l'évolution de l'éthique professionnelle en Belgique. Cependant, en 2002, l'impulsion majeure est venue de leur synergie avec le droit. En effet, cette année-là est remarquable: la Belgique a alors adopté trois lois qui exercent une influence considérable sur l'éthique de la pratique médicale: la loi relative à l'euthanasie (28 mai), la loi relative aux soins palliatifs (14 juin) et la loi relative aux droits du patient (22 août).<sup>1</sup>

Les deux premières lois portent sur la fin de vie. Elles visent à assurer aux patients la possibilité de choisir la modalité de fin de vie qui correspond à leurs préférences, l'une en dépénalisant sous conditions l'acte d'euthanasie pratiqué par un médecin à la demande du patient, l'autre en posant le droit pour chacun de bénéficier de soins palliatifs. La troisième loi, axée sur les droits individuels du patient, restructure la relation médecin-patient et vise à l'instaurer autant que possible comme un partenariat entre personnes autonomes.

Ces trois lois sont *étroitement solidaires*: la loi relative aux droits du patient reprend, synthétise et élargit le champ d'application de nombreux aspects dont l'importance a été soulignée lors des larges débats et auditions qui ont précédé l'adoption des

---

<sup>1</sup> Pour le texte de ces lois, voir le site : [www.cass.be](http://www.cass.be), et après le choix de la langue, cliquez l'onglet : Législation belge.

deux autres lois. Indépendamment de considérations de technique juridique sur la priorité respective de ces lois les unes par rapport aux autres,<sup>2</sup> un sénateur a souligné qu'ensemble, elles constituent un «trptyque» dont de très nombreux éléments sont soutenus par le même esprit.<sup>3</sup>

### 1.2. *Pourquoi parler de ces lois?*

Pourquoi parler de lois dans une rencontre axée sur la contribution de l'éthique médicale et de la bioéthique à l'éthique professionnelle dans le champ des soins de santé ? Vous pourriez objecter que la loi s'impose à tous et que cette force contraignante annule l'effet diffusant de l'éthique médicale et de la bioéthique sur l'éthique professionnelle, autrement dit qu'à un mouvement bottom-up est substitué un mouvement top-down. Certes, cela est vrai: les débats qui ont précédé l'adoption des trois lois évoquées permettent de constater que le législateur belge a effectivement exercé une forme de contrainte, notamment en choisissant de légiférer, alors que certains médecins s'interrogeaient sur l'opportunité d'une telle démarche et sur son adéquation aux situations, et auraient préféré par exemple une charte des droits du patient.<sup>4</sup> Mais se limiter à souligner le caractère contraignant des lois se révèle trop unilatéral et schématique dès que l'on porte attention non seulement à l'amont de ces lois, mais aussi à leur aval. En effet, en amont, on doit constater que ces trois lois procèdent d'une synergie entre l'éthique médicale, la bioéthique, la déontologie et le droit: la forme législative est l'expression finale d'un travail qui fut largement commun. En aval, on peut constater que ces trois lois exercent une influence considérable: la loi relative aux droits du patient

---

<sup>2</sup> Comme l'a précisé Magda Aelvoet (alors ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement) lors des discussions à la Chambre, en matière de soins de santé, la loi relative aux droits du patient est une 'lex generalis' et les deux autres lois sont chacune une 'lex specialis'. Ces dernières peuvent avoir une priorité sur la lex generalis, même si celle-ci est plus récente. C'est le cas lorsque l'activité en question est celle dont traite la lex specialis qui est alors seule d'application. Lorsque la lex generalis et la lex specialis traitent de la même matière, p. ex. le consentement, la lex specialis a priorité en fonction du contexte. Chambre des Représentants de Belgique, *Documents parlementaires*, 50-1642/012 (2001-2002), pp. 52-53.

<sup>3</sup> Sénat de Belgique, *Document législatif* 2-1250/3 (2001-2002), p. 23.

<sup>4</sup> Voir notamment: Chambre des Représentants de Belgique, *Documents parlementaires*, 50-1642/012 (2001-2002), pp. 122, 123, 124.

et celle relative à l'euthanasie ont renouvelé l'approche de la relation médecin-patient et celle de la fin de vie, si bien que dix ans après leur adoption, les médecins sont toujours en train de les apprivoiser et que les débats sont loin d'être clos.

Je voudrais donc montrer ici que ces lois ne peuvent être comprises seulement comme une contrainte s'exerçant d'en haut, mais qu'elles procèdent en amont d'une dynamique bottom-up qu'elles activent aussi en aval.

### *1.3. Deux remarques préalables*

D'abord, je ne proposerai pas un historique: ni des auditions et des débats qui eurent lieu dans les commissions et les enceintes parlementaires avant l'adoption des trois lois, ni des débats qui eurent lieu au sein de la société et qui furent très nourris avant, pendant et après l'adoption de ces lois. Je m'attacherai plutôt à rendre compte de façon synthétique de la dynamique qui a animé le processus de consultation et de mise en œuvre de ces lois.

Ensuite, compte tenu de son objet, la loi relative à l'euthanasie est la plus novatrice et celle qui a suscité les auditions et les débats les plus importants. Cependant, il n'y eut pas d'étanchéité entre les problématiques traitées par les trois lois; souvent au contraire l'euthanasie, les soins palliatifs et les droits du patient furent abordés simultanément. C'est pourquoi, après avoir donné quelques précisions sur le contexte de la réflexion et sur ces auditions (2), j'indiquerai quelques aspects de celles-ci et des débats relatifs à l'euthanasie qui ont influencé les textes finaux des trois lois (3). Ensuite, en suivant l'ordre chronologique d'adoption de ces lois, je soulignerai deux types d'aspects: ceux qui sont révélateurs d'un mouvement bottom-up en amont de ces lois; la dynamique réflexive qui se poursuit en aval à partir de celles-ci et qui est susceptible d'engager de nouvelles démarches bottom-up visant à modifier ou à compléter les textes légaux (4, 5, 6). Cette approche se concentrera tout particulièrement sur la loi relative à l'euthanasie.

## 2. Le contexte de la réflexion et les auditions relatives à l'euthanasie

### 2.1. Deux aspects du contexte de la réflexion

Pour rendre compte de façon synthétique de la dynamique qui a animé le processus de consultation préalable à l'adoption de la loi relative à l'euthanasie, il importe de signaler des évolutions et des travaux antérieurs ou concomitants aux auditions proprement dites.

En 1992, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait revu le chapitre *Vie finissante* du Code de déontologie médicale et, tout en maintenant l'interdit de l'euthanasie (art. 95), il avait introduit la notion de «dignité du malade» (art. 96).<sup>5</sup> Il rendit ensuite différents avis sur ce sujet, dont un avant les auditions et un avis à propos du projet de loi adopté par le Sénat.<sup>6</sup>

En 1996, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique, installé cette même année, commença les travaux destinés à répondre à la demande des présidents de la Chambre et du Sénat concernant diverses questions relatives à la fin de vie. Il rendit le 12 mai 1997 son premier avis concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie en se concentrant sur la demande des personnes capables. Le 22 février 1999, il rendit son neuvième avis concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Ordre des médecins, *Code de déontologie médicale*, 1992:

Art. 95: «Le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider».

Art. 96: «Lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit [sic] tout assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité. Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort».

Ces deux articles ont été reformulés depuis. Pour la version actuelle, voir le site: [www.ordomedic.be/fr/code/contenu](http://www.ordomedic.be/fr/code/contenu)

<sup>6</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Implication médicale dans le cadre de la vie finissante - Euthanasie*, 15 janvier 2000; Conseil national de l'Ordre des médecins, *Euthanasie*, 17 novembre 2001. Pour le texte de ces avis, voir le site: [www.ordomedic.be/fr/avis](http://www.ordomedic.be/fr/avis)

<sup>7</sup> Pour le texte des avis du Comité consultatif de bioéthique de Belgique, voir: [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)

Une des caractéristiques du travail du Comité consultatif de bioéthique doit être signalée: la règle du non consensus. En effet, les avis visent bien entendu à signaler les aspects consensuels qui se dégagent des discussions, mais aussi à rendre compte des différents avis exprimés de façon à offrir un tableau des positions existant dans la société belge. C'est pourquoi on trouve quatre propositions dans le premier avis (dépenalisation de l'euthanasie; régulation procédurale a posteriori décidée en colloque singulier; régulation procédurale a priori des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale; maintien pur et simple de l'interdit légal contre l'euthanasie), et trois dans le deuxième (reconnaissance légale de l'arrêt actif de la vie; régulation procédurale a priori de l'arrêt actif de la vie demandée par le patient dans une directive anticipée; maintien pur et simple de l'interdit légal de l'arrêt actif de la vie chez les personnes incapables).

## 2.2. *Les auditions relatives à une loi sur l'euthanasie*

La loi relative à l'euthanasie fut adoptée après de nombreuses consultations et de très amples auditions qui eurent lieu au cours de l'année 2000, suivies de débats nourris dans les assemblées parlementaires et les commissions. Ont été entendus des représentants de l'Ordre des médecins, du Comité consultatif de bioéthique de Belgique (CCB), de diverses associations, des médecins spécialistes et généralistes dont certains œuvrent en soins palliatifs, des infirmiers, des pharmaciens, un patient et un médecin hollandais, ainsi que des juristes et des philosophes.<sup>8</sup> L'ensemble des personnes auditionnées est représentatif de la diversité linguistique et idéologique de la Belgique. Fait remarquable et exceptionnel: les auditions furent le plus souvent publiques et diffusées par la télévision, outre leur relation, plus synthétique, dans les autres médias. Cette 'publicité' demeure puisque la transcription intégrale des auditions publiques reste accessible sur le site du Sénat ainsi que dans les documents parlementaires.

---

<sup>8</sup> Pour la liste de ces personnes, voir sur le site du Sénat de Belgique ([www.senate.be](http://www.senate.be)): *Auditions dans le cadre de la proposition de loi relative à l'euthanasie*.

3. *En quoi les auditions relatives à l'euthanasie révèlent-elles une démarche bottom-up, de l'éthique médicale et de la bioéthique vers le texte final des trois lois?*

Plusieurs positions déterminantes pour les trois lois se dégagent des auditions concernant l'adoption d'une loi relative à l'euthanasie. Quelles sont-elles et comment se traduisent-elles dans le prescrit légal?

D'abord, les auditions révèlent un accord général sur le *caractère décisif et central du 'mourir dans la dignité'*, et corrélativement sur le refus de l'acharnement thérapeutique. Ce double accord se traduira d'une part, dans la loi relative aux soins palliatifs, par la volonté de reconnaître les soins palliatifs comme des actes médicaux (art. 9)<sup>9</sup> et d'en ouvrir l'accès à tous les patients (art. 2), d'autre part, dans la loi relative à l'euthanasie, par deux conditions de base: se trouver dans une «situation médicale sans issue» et face à une «souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée» (art. 3 § 1).

Ensuite, les auditions donnent clairement à entendre que les soins palliatifs ne peuvent suffire dans tous les cas. Il en résulte une orientation décisive: le *refus d'opposer soins palliatifs et euthanasie*, mais au contraire de les lier en légiférant sur les deux matières.

En outre, les auditions donnent une grande importance à la *dimension relationnelle*, à l'accompagnement des malades en fin de vie par leur médecin, à la volonté de favoriser le dialogue entre le médecin et son patient, y compris sur l'euthanasie et les soins palliatifs. Ces différents aspects se retrouvent dans les trois lois. En effet, le règlement légal de l'euthanasie et des soins palliatifs a été constamment lié à l'affirmation des droits du patient axés sur l'information et le dialogue (*Loi relative à l'euthanasie*, art. 3 §2; *Loi relative aux soins palliatifs*, art. 7; *Loi relative aux droits du patient*, art. 7 et 8).<sup>10</sup>

Les auditions ont aussi fortement insisté sur *l'autonomie décisionnelle du patient*. Celle-ci se traduit de diverses façons dans les

<sup>9</sup> Cet article modifie l'art. 1<sup>er</sup> de l'Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales en y intégrant les soins palliatifs.

<sup>10</sup> Ces trois seront désormais désignées par les abréviations suivantes: *Loi relative à l'euthanasie*: Eu ; *Loi relative aux soins palliatifs*: SP ; *Loi relative aux droits du patient*: DP.

trois lois: par le droit de refuser des soins et donc de demander l'euthanasie quoi qu'il en soit des soins palliatifs possibles (DP, art. 8 § 4; Eu, art. 2); par le nécessaire consentement du patient aux interventions proposées (Eu, art. 3, § 2, 1°; SP, art. 7; DP, art. 8 §1); par la possibilité d'une déclaration ou d'une directive anticipée du patient et la définition des conditions de celle-ci (Eu, art.4; DP, art. 8 §4).

Enfin, les auditions ont montré combien la possibilité de *désigner une personne de confiance* est importante. Les trois lois en tiennent compte: désignée dans la déclaration anticipée demandant l'euthanasie, la personne de confiance devra être consultée en cas d'inconscience du patient (Eu, art. 4 § 2 4°); dans la loi relative aux droits du patient, cette personne est chargée, à la demande du patient, de l'assister ou d'exercer le droit de consultation du dossier médical (art. 9 §2); cette fonction vaut bien évidemment aussi dans le cadre des soins palliatifs.

#### 4. La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

Pour rendre compte de la dynamique qui a conduit à l'adoption de la loi et, ensuite, de la dynamique que la loi a ouverte, je procéderai en quatre temps: d'abord je relaterai le mouvement bottom-up perceptible en amont de cette loi, dans les auditions (4.1.); ensuite, je lierai l'amont et l'aval de la loi en montrant la dynamique réflexive que la loi a ouverte (4.2.); puis, je préciserai les conditions qui ont permis une évolution dans le contexte particulier (4.3.); enfin, en aval de la loi, j'indiquerai les questions actuellement en débat (4.4.).

##### 4.1. *En lien strict avec l'euthanasie, que peut-on dégager des auditions qui soit révélateur d'une démarche bottom-up ?*

D'abord, l'insistance sur une *définition stricte de l'euthanasie*: celle-ci est entendue consensuellement, dans l'avis n°1 du CCB, comme l'«acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci». Une telle définition est fort importante car elle permet de dépasser les distinctions entre euthanasie active et euthanasie passive, euthanasie directe et euthanasie indirecte. Cette définition est reprise par la loi (art. 2).



Ensuite, l'adoption du *critère d'incurabilité* avancé dans l'avis n°1 du CCB, plutôt que celui du malade en phase terminale, ce qui fut l'objet de très abondantes discussions. La loi relative à l'euthanasie reprend ce critère en invoquant «la souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable» (art. 3 § 1<sup>er</sup>). Certaines auditions ont aussi insisté sur la *nécessaire distinction* entre phase terminale et affection incurable mais non létale à brève échéance. La loi reprend cette distinction en posant des conditions supplémentaires lorsque le décès n'est pas imminent (art. 3 § 3), de même qu'elle distingue les situations où le patient est conscient (art. 3) et celles où il est inconscient mais a rédigé une déclaration anticipée (art. 4).

La discussion sur les *procédures* à mettre en place fut particulièrement vive. Fallait-il privilégier des procédures *a priori*? des procédures *a posteriori*? ou *combiner* ces deux types de procédures? Et quel devrait être leur contenu? Rappelons que le premier avis du Comité consultatif de bioéthique avançait ces deux types de procédures, respectivement dans ses propositions 2 et 3. La loi requiert en définitive une combinaison de procédures *a priori* et *a posteriori*: elle pose à la fois des conditions préalables à la décision (art. 3) ou, en cas d'inconscience, préalables à l'acte (art. 4), et des conditions postérieures à l'acte d'euthanasie en instituant une commission de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi que le médecin doit informer (art. 5 et chap. V). Parmi les conditions préalables à l'acte, figure la possibilité de rédiger une déclaration anticipée qui vaudrait en cas d'inconscience. Certains redoutaient qu'un tel document bloque la décision du malade et du médecin. La loi évite ces difficultés en précisant la durée de validité d'une telle déclaration (5 ans) et la possibilité, pour le patient, de révoquer à tout moment sa déclaration (art. 4 § 1<sup>er</sup>).

Enfin, les auditions ont insisté sur un aspect particulièrement délicat: le *respect des convictions personnelles des médecins et soignants*. La loi relative à l'euthanasie en tient compte: tout en ouvrant la possibilité de pratiquer une euthanasie, elle prévoit une clause de conscience et en définit les conditions ainsi que les démarches subséquentes à accomplir respectivement par le médecin et par le patient (art. 14).

#### 4.2. *Un lien entre l'amont et l'aval de la loi*

Pour rendre compte de la dynamique réflexive ouverte par la loi après son adoption, je propose une approche ponctuelle mais révélatrice: relater les propos de deux responsables de l'Unité de soins palliatifs de la Clinique St-Jean à Bruxelles, clinique catholique qui fit œuvre pionnière en créant en 1989 la première unité de ce genre en Belgique. La partie publique de l'audition du Dr Jacqueline Vandeville qui eut lieu en 2000 sera ainsi mise en parallèle avec les positions du Dr Nadia Huart, responsable actuelle de cette même unité, telles qu'exprimées publiquement lors du cycle de conférences «Projet de soins concerté et fin de vie» organisé dans et par la Clinique et son comité d'éthique hospitalière de février à septembre 2012.

En 2000, le Dr Jacqueline Vandeville soulignait que les membres de l'Unité de soins palliatifs de St-Jean se disaient «résolument adversaires de toute forme d'acharnement thérapeutique», mais que l'euthanasie n'était pas pratiquée : les patients qui la demandaient étaient pris en charge «par l'équipe, par l'écoute attentive et empathique, la communication, la concertation» en même temps qu'il était visé «à dispenser le confort physique, psychologique, social et spirituel» du malade et qu'un «soutien actif» était prodigué aux proches.

Face à la demande répétée d'un patient majeur, capable d'exprimer sa volonté, souffrant d'une maladie incurable et se trouvant en phase terminale, le Dr Vandeville estimait, à titre prospectif, qu'une *procédure a priori* serait nécessaire: un examen de la demande par l'ensemble de l'équipe soignante, y compris le psychologue et l'assistant social auxquels se joindraient «éventuellement les proches et un représentant des options philosophiques du patient, s'il le désire». Elle considérait que cette procédure permettrait non seulement d'aboutir à une décision bien pesée, mais aussi qu'elle épaulerait le médecin dans son appréciation de l'existence d'un «état de nécessité» et offrirait «une certaine sécurité juridique», et enfin qu'elle constituerait une protection pour les patients les plus vulnérables et les moins autonomes, à la différence d'une *procédure a posteriori* qui ne serait qu'un contrôle administratif.

Au terme de cette audition qui mettait fortement l'accent sur la qualité de la relation aux patients en fin de vie et à leurs proches, une question restait toutefois ouverte: cette relation suffit-elle dans

tous les cas? Le Dr Vandeville n'y répondait pas, en tout cas de façon publique. Une réponse peut être apportée latéralement à partir de l'audition du Professeur Etienne Vermeesch qui évoque Sœur Léontine, fondatrice de l'Unité de soins palliatifs à St-Jean, et militante 'acharnée' pour le développement de ceux-ci:

Soeur Léontine que je connais depuis longtemps m'a dit, il y a cinq ou six ans, qu'elle avait déjà été confrontée à quatre demandes d'euthanasie, ce qui avait suscité un *dialogue* avec les intéressés. Elle signalait en outre deux cas où la discussion n'avait pas été possible.

Ces personnes avaient reçu la possibilité *d'aller ailleurs* pour recevoir cette euthanasie.<sup>11</sup>

Le Professeur Vermeesch concluait :

Donc, même dans un milieu où l'euthanasie est considérée comme hors de question, cette demande existe.<sup>12</sup>

En 2012, le Dr Nadia Huart note les progrès accomplis depuis 20 ans en matière de lutte contre la douleur, l'expérience acquise, la mise à disposition de moyens financiers etc. Elle indique aussi que le recours à des soins palliatifs n'est plus limité à la fin de vie, mais peut s'inscrire, de façon plus précoce et parfois temporaire, dans le décours d'une maladie, grâce notamment à l'équipe mobile qui peut intervenir dans les différents services. Pour elle, comme pour le Docteur Vandeville, la dimension relationnelle est décisive:

Notre expérience nous conforte dans notre conviction que cette souffrance peut trouver un apaisement dans la relation à l'autre, dans une présence humaine respectueuse, attentionnée, confiante, solidaire et continue.

Simultanément, le Dr Huart souligne l'importance de l'équipe pluridisciplinaire et du professionnalisme:

Au sein de notre équipe, une conviction forte s'est développée: la fonction de chacun doit absolument être respectée de façon à obtenir une prise en charge des patients qui soit la plus globale et la mieux adaptée possible. Dans sa fonction, le professionnalisme de chacun est une exigence primordiale.

---

<sup>11</sup> Je souligne.

<sup>12</sup> Sénat de Belgique, *Document législatif*, 2-244/24 (2001-2002), p. 19.

Mais la relation nouée avec les patients va, bien entendu, au-delà de la fonction. Ce qui est visé, c'est «une relation vraie, une relation où nous allons à la rencontre de l'autre dans sa souffrance». Pour y parvenir, et dans la mesure où les périodes de grande vulnérabilité sont souvent «le moment d'une intense quête spirituelle, qui peut être marquée par l'adhésion à une religion, mais peut aussi en être indépendante», les membres de l'équipe ont suivi des formations visant à les sensibiliser aux diverses approches culturelles et religieuses de la maladie et de la mort car la Clinique se situe en plein cœur de Bruxelles. Le Dr Huart insiste:

L'écoute qui est ici requise dépasse en ce sens les considérations éthiques, qui insistent sur le fait que les soignants aient à rencontrer le patient comme sujet. En effet, bien que cette reconnaissance du patient comme sujet soit indispensable dans toute relation soignante, médicale ou autre, la rencontre dont il est question va plus loin: elle demande à rejoindre la personne souffrante dans l'intimité de sa quête de sens, *pour autant et dans la mesure* où cette personne elle-même le demande. Il ne s'agit donc pas d'imposer au patient une proximité qu'il ne souhaite pas. Mais il s'agit d'être attentif à sa demande de proximité et à l'intensité qu'il en attend. Accompagner le patient dans sa quête de sens convoque aussi le soignant, quelle que soit sa fonction, à un *voyage à l'intérieur de lui-même*. Impossible, en effet, d'être proche du patient souffrant en fin de vie, et de l'accompagner dans sa quête de sens, sans entreprendre soi-même un tel voyage intérieur.<sup>13</sup>

Relatant son cheminement, le Dr Huart affirme :

Ma confrontation à la souffrance en fin de vie m'a amenée progressivement à cesser d'opposer soins palliatifs et euthanasie, et à *cesser de les polariser comme bonne ou mauvaise prise en charge*. Bien au contraire, ils me sont de plus en plus apparus comme complémentaires. Ce cheminement repose sur plusieurs convictions qui se sont forgées progressivement.

Quelles sont ces convictions?

Une demande d'euthanasie, lorsqu'elle persiste malgré une prise en charge adaptée et respectueuse, procède d'une souffrance ressentie comme *insupportable* par le patient. *Elle doit être entendue comme telle*. Elle s'inscrit souvent dans un vécu, la philosophie de toute une vie. Lorsqu'un patient formule une vraie demande d'euthanasie, il met en jeu *bien plus* que son autonomie décisionnelle: il demande à être rejoint dans sa souffrance, dans ce qu'il est au plus intime de lui, *dans la mort qu'il a choisie pour continuer à se respecter lui-même*.

---

<sup>13</sup> Je souligne dans ce passage et dans les suivants.

Cette demande exige du médecin un *double dépassement*: aller au-delà de sa fonction, comprise de façon étroite comme soins à donner à des corps malades; aller au-delà de ses propres convictions pour rejoindre le patient dans son intégrité. Le premier de ces dépassements ne signifie pas que le médecin renonce à sa fonction. Pour le médecin, aller au-delà de sa fonction de soignant strictement comprise, signifie assumer pleinement cette fonction, tout en y intégrant une dimension supplémentaire. Il ne s'agit donc pas d'être un médecin incompetent, mais au contraire d'être un médecin qui s'appuie sur ses compétences et les met en œuvre, en visant en outre à rencontrer le patient dans cette expérience de souffrance qu'il vit. Le deuxième dépassement n'équivaut pas à renoncer à toute conviction personnelle, mais à se mettre pleinement à l'écoute de la demande du patient, sans préjugé, et en voyant dans cette demande l'aboutissement d'une démarche propre du patient. La loi belge relative à l'euthanasie donne d'ailleurs au médecin la possibilité de faire valoir la clause de conscience. Celle-ci doit être exprimée clairement par le médecin et ce, dès le début d'une demande d'euthanasie. La loi veut par là assurer le respect de l'intégrité du patient autant que celle du médecin. L'institution de son côté doit également se positionner clairement par rapport aux demandes d'euthanasie. On le voit, tant du côté du patient que de celui du médecin et de l'institution, le respect mutuel de l'intégrité s'impose.

Elle ajoute:

Mon cheminement après de nombreuses années, m'a amenée à considérer que la fin de vie de chaque patient est unique. J'ai aussi été amenée à reconnaître dans certains cas une souffrance telle, souvent existentielle, que cette conviction s'est forgée en moi: dans ces cas, la demande d'euthanasie doit être respectée. [...] Je pense que dans certains cas, l'euthanasie est un respect absolu de l'autre, non pas seulement eu égard à son autonomie décisionnelle mais bien davantage encore eu égard à son intégrité.

Comme le Dr Vandeville, le Dr Huart insiste sur la concertation: avec le patient avec qui sont décidées les modalités de l'acte d'euthanasie et son environnement relationnel (personnes présentes); avec la famille; avec l'équipe: avant et après l'acte d'euthanasie. A ce propos, elle note:

L'équipe et moi-même avons pu accompagner les différents patients qui avait formulé une demande d'euthanasie au jour le jour, de façon maximale, tant sur le plan physique, que psychologique, social et spirituel. Cet accompagnement jusqu'au bout, jusqu'au respect d'une demande d'euthanasie a été fait en équipe, dans le respect des convictions de chacun. Ce cheminement était très interpellant. Il fut très réconfortant de voir comment le cheminement personnel de chacun dans ce cheminement de l'ensemble de l'équipe a été harmonieux. Harmonieux ne veut pas dire facile, ce fut même douloureux. Dans chacun de ces cas, l'équipe a, presque unanimement, ressenti la nécessité de respecter la

demande d'euthanasie. Les échanges en équipe furent nombreux et intenses durant ces accompagnements. Après chaque acte d'euthanasie, un groupe de parole permettait à chacun d'exprimer son ressenti. Chaque membre de l'équipe s'accordait à reconnaître une souffrance insupportable. La décision de respecter la demande d'euthanasie n'était pas vécue comme un échec. Certains membres de l'équipe ont avancé qu'en raison de leurs convictions, il leur était impossible d'accepter l'acte d'euthanasie. Ces personnes ont cependant respecté l'accord des autres membres de l'équipe et surtout ma décision de respecter ces demandes d'euthanasie. Ce cheminement en équipe a permis à chacun de mieux approcher encore la souffrance vécue comme insupportable.

Pour ce qui la concerne, elle ajoute :

Pour ma part, après ces quelques cas, j'ai ressenti une grande sérénité par rapport à ma décision. J'avais le sentiment que j'avais accompli la meilleure chose que je pouvais faire pour ce patient. Ce sentiment de sérénité était souvent partagé par les membres de l'équipe. La clause de conscience demeure possible et est respectée. En définitive, c'est le respect de chacun, que ce soit du patient ou des différents membres de l'équipe, qui me semble le pivot dans toute ma réflexion.

#### *4.3. Comment cette évolution a-t-elle pu se faire dans une clinique catholique, pionnière des soins palliatifs?*

J'évoquerai d'abord la dynamique interne à la Clinique, puis le contexte plus général qui lui a permis de se déployer.

##### *4.3.1. En interne*

Le Dr Huart évoque à plusieurs reprises le travail réalisé par le comité d'éthique hospitalière de la Clinique. Il faut savoir en effet, qu'à St Jean, le comité d'éthique se compose de divers sous-comités, chargés chacun d'une fonction spécifique : une commission 'expérimentation' qui se charge de l'examen des protocoles de recherche; un comité d'éthique hospitalière chargé de la définition de lignes directrices pour la pratique au sein de la Clinique; une cellule d'aide à la décision (créée en 1991 à propos des interruptions de grossesse et qui s'est jusqu'à présent surtout concentrée sur ces questions mais voit progressivement son mandat s'élargir). Cette 'division du travail' présente l'avantage, considérable à mes yeux, de ne pas voir toute l'énergie du comité mangée par les tâches relatives à l'éthique de la recherche. Je pense donc que c'est une fort bonne organisation. Je préside le comité d'éthique hospita-

lière, composé de membres de la clinique ou extérieurs à elle: médecins, infirmières, juristes, responsable pastoral et philosophe.

Ce comité avait été interpellé sur différentes questions concernant la fin de la vie, notamment les formulaires de non-réanimation et les demandes d'euthanasie. Plutôt que de proposer des réponses ponctuelles, il avait décidé d'entreprendre une réflexion globale sur cette période de la vie. Au cours de celle-ci la notion d'intégrité s'est glissée dans la discussion, de façon subreptice, au départ d'une allusion qui y était faite dans un texte centré sur l'identité confessionnelle des institutions, ce qui n'était pas alors notre préoccupation. Des membres se sont saisis de cette notion, et l'ont reprise indépendamment du texte (et du contexte) où ils l'avaient rencontrée: ils estimaient qu'elle correspondait à ce qu'ils ressentaient intuitivement dans certaines situations de fin de vie auxquelles ils étaient confrontés dans leur pratique professionnelle. Chacun des membres du comité a progressivement scruté plus avant la notion d'intégrité au regard de ses pratiques, donc pour les uns de façon très concrète, et pour moi philosophiquement. Ce qui mérite d'être souligné dans cette démarche qui prit un temps certain – et je pense que prendre ce temps était indispensable –, c'est l'interaction qui s'est établie entre l'approche réalisée par les praticiens (médecins, infirmiers, agent pastoral, juristes) et la réflexion philosophique. Cette dernière ne fut pas du tout la 'norme morale' sur laquelle aligner ensuite les pratiques médicales et soignantes. C'est bien plutôt un appui mutuel et une convergence qui se sont tissés progressivement. L'élucidation philosophique a permis de déployer les intuitions vécues dans les pratiques de soin, et celles-ci ont encadré cette réflexion en amont et en aval: en la stimulant et en permettant d'en mettre à l'épreuve la justesse, l'adéquation 'au plus près' des situations. Au terme de ce parcours, c'est en termes de vérité que tous les membres du comité se sont reconnus dans le travail réalisé et qui développait trois thèses principales. Reconnaître l'autonomie du patient jusqu'à lui conférer le droit de demander l'euthanasie renvoie à un enjeu éthique plus fondamental que l'autonomie, tout en étant indissociable de celle-ci: le respect de l'intégrité morale de ce patient. Cependant, celle-ci n'est pas la seule à être en jeu, l'intégrité morale du médecin l'est aussi. Le respect de l'intégrité morale du patient et du médecin est décisif pour assurer la qualité éthique des soins donnés (ou de la désescalade thérapeutique) comme celle de la réponse donnée à la demande d'euthanasie.

Ce travail a été soumis au conseil d'administration, au conseil médical et à l'assemblée générale qui en ont accepté les conclusions et soutiennent les démarches qui en assurent la diffusion au sein de la clinique et de ses membres associés de façon à ce qu'elles deviennent des lignes directrices pour la pratique en son sein. C'est dans ce contexte que prend place le cycle de conférences «Projet de soins concerté et fin de vie» que j'ai évoqué plus haut. Comme le Dr Huart le souligne en conclusion de son intervention dans ce cycle :

La clinique a ainsi donné une place nouvelle à la mort. Cette place ainsi faite à la mort dans l'institution est celle d'un espace de plus grande liberté, de plus grande responsabilité.

#### *4.3.2. Les conditions externes: l'impact de la loi*

Si ce travail de réflexion collective a pu être suscité, c'est bien évidemment en raison de l'existence de la loi relative à l'euthanasie et, dans une certaine mesure, de celle relative aux droits du patient. L'existence d'une loi qui assure la sécurité juridique aux médecins qui pratiquent une euthanasie dans le respect des conditions posées légalement leur permet en effet de s'interroger, de répondre à des demandes sans devoir encourir les risques de poursuites et d'une appréciation de l'état de nécessité par les tribunaux dont les décisions peuvent diverger: le terrain est ainsi dégagé pour une réflexion ouverte et sereine.

En outre, la reconnaissance légale d'un droit du patient à demander l'euthanasie (à bien distinguer d'un droit à l'euthanasie) oblige à reconsidérer la question de la légitimité de l'acte d'«exporter» hors d'une clinique catholique le patient qui demande l'euthanasie. Elle suscite par là même une interrogation sur la clause de conscience: une institution peut-elle s'opposer à la mise en œuvre d'un droit individuel, légalement posé?

Enfin, la loi relative à l'euthanasie bouleverse, pour beaucoup, le rapport à la mort et la façon de la concevoir. En effet, la possibilité de demander l'euthanasie coupe court à la représentation de la grande faucheuse qui vous prend par surprise: la mort suscite toujours l'effroi et la peur, mais le fait de pouvoir en décider le moment contribue à l'apprivoiser. Elle devient une étape de la vie qu'il importe de bien traverser, dont on peut aussi parler plus sereinement, avec laquelle on peut apprendre à vivre. Tant pour les



patients que pour les médecins, la loi relative à l'euthanasie contribue en ce sens à ce que, dès le milieu des années '70, Philippe Ariès et bien d'autres réclamaient et espéraient pour nos sociétés : «désensauvager» la mort.<sup>14</sup>

#### 4.4. *En aval de la loi: des questions actuelles*

Si la loi relative à l'euthanasie a des effets libérateurs à ces différents points de vue, elle n'a pas pour autant clos les interrogations. Des questions se posent à propos de son application, voire d'un élargissement de ses conditions.

Les débats préalables à l'adoption de la loi actuellement en vigueur ont soulevé la question de l'admissibilité d'une demande d'euthanasie formulée par des *incapables de droit et de fait*. Cette question fait l'objet de l'avis n° 9 rendu en février 1999 par le Comité consultatif de bioéthique. Or, la loi adoptée en 2002 ne concerne que les patients majeurs ou mineurs émancipés, capables et conscients au moment où ils formulent leur demande.

Il en résulte un flou certain concernant les *personnes atteintes de démence* : leur déclaration anticipée ne pourrait être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de 5 ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté (art. 4 § 1).

Par ailleurs, les *mineurs* étaient exclus du champ d'application de la loi de 2002. Or nombreux étaient ceux qui s'interrogeaient désormais, voire souhaitaient, que l'euthanasie soit aussi dépénalisée sous conditions pour eux. C'est désormais chose faite : l'extension de la loi de 2002 aux «mineurs en capacité de discernement» a été adoptée le 13 février 2014, moyennant des conditions spécifiques.

Enfin, la question se pose: convient-il d'*élargir le champ de la loi* à des personnes qui ne présentent pas une affection grave, incurable et sans issue?

*La clause de conscience* suscite aussi des questions. D'abord, est-elle une prérogative strictement *personnelle*? Ou peut-elle aussi être avancée par une *institution* (hôpital, maisons de repos) via des lignes directrices imposées aux membres? La question des lignes directrices avait été posée lors des débats préalables à l'adoption de la loi: il s'agissait alors d'envisager leur rôle comme complément

---

<sup>14</sup> P. Ariès, *L'homme devant la mort*, Seuil, Paris 1977. Voir aussi en ce sens: E. Morin, *L'homme et la mort*, Seuil, Paris 1976.

nécessaire aux situations standard envisagées dans la loi. On le voit, la question prend ici un tour différent. Elle est actuellement posée au Comité consultatif de bioéthique. Ensuite, si un médecin fait valoir la clause de conscience, la loi actuelle prévoit que c'est au patient à prendre l'initiative de consulter un autre médecin. Le poids que cela représente pour un patient déjà particulièrement vulnérable pose question.

La création de *cliniques de fin de vie* telle qu'envisagée aux Pays-Bas pose également question en Belgique et est actuellement soumise au Comité consultatif de bioéthique.

Enfin, des questions concernent la *procédure a posteriori* mise en place par la loi: certains se demandent si la commission de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi joue un rôle suffisant et contribue suffisamment à la transparence des pratiques.

#### 5. La loi relative aux soins palliatifs

Je serai beaucoup plus brève à propos de cette loi qui, on l'a vu, constitue, aux yeux du législateur belge, le complément nécessaire de la loi relative à l'euthanasie. Les auditions et débats portaient d'ailleurs souvent sur ces thématiques conjointes, et le même esprit a animé la rédaction des trois lois évoquées ici.

Lors des auditions, un des enjeux spécifiques aux soins palliatifs était le droit pour chacun à accéder à de tels soins et donc les ressources financières permettant d'en élargir l'offre. La loi ouvre le droit aux soins palliatifs pour chaque patient (art. 2). Et elle confie à une cellule spécialement créée à cet effet le soin d'évaluer les besoins et la qualité des réponses apportées (art. 8). Un Arrêté royal fixe annuellement le montant alloué à des associations s'occupant de soins palliatifs.

Un autre enjeu, lors des auditions, était la reconnaissance des soins palliatifs comme des actes médicaux. On l'a vu, la loi relative aux soins palliatifs opère cette reconnaissance (art. 9), et élargit ainsi la tâche traditionnelle des médecins. Elle ne clôt pourtant pas les débats car bon nombre de médecins ont encore actuellement du mal à accepter l'arrêt partiel ou total des traitements curatifs. Promouvoir cette acceptation relève d'un travail de sensibilisation de longue haleine qui relève, non du droit, mais de l'éthique médicale, voire de la déontologie.

### 6. *La loi relative aux droits du patient*

Cette loi – qui fut adoptée en dernier lieu – constitue le troisième volet du triptyque. Elle est axée sur les droits *individuels* du patient et non ses droits sociaux qui sont réglés dans d'autres textes. Elle met fortement l'accent sur l'autonomie du patient. En effet, comme il fut dit par Mr Hubert Brouns (CD&V) présentant ses propositions de lois en vue de l'élaboration du texte finalement adopté:

Nous entendons transformer la relation verticale paternaliste classique entre le médecin et le patient en une relation horizontale basée sur l'égalité ainsi que sur une collaboration et une confiance réciproques.<sup>15</sup>

Toutefois,

Placer au centre des soins de santé, le patient capable de se défendre n'a pas pour but de lui procurer un super ego autonome, mais plutôt de l'inviter, en tant qu'être humain social, à participer activement au développement de sa santé personnelle et à celle de sa communauté ainsi qu'à un partenariat réel lorsqu'il nécessite des soins de santé.<sup>16</sup>

En examinant le processus en amont et en aval de l'adoption de la loi, je m'en tiendrai ici surtout à des lignes de force: en effet, une analyse détaillée demanderait à elle seule tout un volume au moins!

#### 6.1. *En amont*

Le processus de *consultation* fut très important. D'abord parce que la question des droits du patient fut constamment évoquée dans les auditions larges et diversifiées qui ont précédé l'adoption des lois relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs : on l'a montré, les droits du patient sont au cœur même de ces lois, comme en témoigne d'ailleurs la définition qui est donnée de l'euthanasie dans le texte législatif final. D'autres auditions spécifiquement axées sur les droits du patient ainsi que sur l'opportunité et le contenu d'une loi en cette matière ont également eu lieu. Ont été entendus des experts en droit médical, des prestataires de soins, des membres

---

<sup>15</sup> Chambre, *Documents parlementaires*, 50-1642/012 (2001-2002), p. 24.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

d'associations et de syndicats de médecins et d'infirmiers, des membres du Conseil national de l'Ordre des médecins, des représentants d'associations de patients ou de consommateurs, un membre du Ministère néerlandais de la Santé publique, des représentants d'associations d'institutions de soins et des médiateurs.<sup>17</sup>

Les échanges avec le Conseil national de l'Ordre des médecins ont aussi été fort soutenus: celui-ci a rendu trois avis à propos de différents textes préalables à l'adoption du texte final de la loi sur les droits du patient, de janvier 1999 à février 2002.<sup>18</sup>

Si le Conseil national considère qu'«un travail législatif sur ces thèmes s'indique»,<sup>19</sup> il souligne toutefois constamment que les propositions et projets de loi doivent, à l'instar du code de déontologie médicale, veiller à stimuler le dialogue entre le médecin et son patient. Or il estime que les textes qui lui ont été soumis sont déficients à cet égard. En outre, il marque son opposition à l'article 8 § 4, 4<sup>e</sup> alinéa qui impose au médecin de respecter le refus écrit de consentement du patient à une intervention déterminée.<sup>20</sup> Le texte de cet article sera pourtant adopté.

## 6.2. *En aval*

La loi donne au patient des droits fort étendus, notamment celui de consulter son dossier et, comme signalé indiqué ci-dessus, celui de refuser des soins, éventuellement par une directive anticipée. Ces deux droits ont suscité d'intenses débats avant et après l'adoption de la loi. Le deuxième ouvre à une redéfinition de la mission du médecin, traditionnellement axée sur 'sauver la vie' mais qui doit désormais tenir compte de la volonté du patient. Dans son avis du 26 juillet 2003 relatif à cette loi, Conseil national de l'Ordre des médecins – qui par ailleurs a clairement affirmé la priorité de la loi

---

<sup>17</sup> Pour la liste des experts entendus, voir Chambre, *Documents parlementaires* 1642/012 (2001-2002), pp. 4-6.

<sup>18</sup> *Avant-projet de loi relatif aux droits du patient*, 23 janvier 1999; *Avis du Conseil national concernant la Note conceptuelle Droits du patient*, 17 février 2001; *Avis du Conseil national sur l'avant-projet de loi relatif aux droits du patient*, 16 février 2002.

<sup>19</sup> *Avant-projet de loi relatif aux droits du patient*, 23 janvier 1999.

<sup>20</sup> *Avis du Conseil national sur l'avant-projet de loi relatif aux droits du patient*, 16 février 2002.

démocratiquement adoptée sur le code de déontologie –,<sup>21</sup> admet que le prescrit légal est plus catégorique que ses propres positions. Il incite vivement les médecins à établir le dialogue avec leur patient et à examiner l'absence de pression extérieure sur celui-ci. En l'absence d'une telle pression et lorsqu'il est établi aux yeux du médecin que le refus écrit de soins formulé par le patient coïncide avec sa ferme conviction, le Conseil national pose que le médecin est tenu de respecter cette volonté du patient, «tout comme il doit accepter que des patients en mesure d'exercer leurs droits renoncent parfois à des interventions pouvant être importantes pour leur santé».<sup>22</sup>

La loi relative aux droits du patient met en place un mode nouveau de traitement des conflits: la *médiation*. Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait lui-même soutenu celle-ci lorsqu'il avait été consulté en 2001. Dans son avis du 22 avril 2006, l'Ordre déplore la lenteur générale de la mise en place de ce système dans grand nombre d'hôpitaux et sa quasi-inexistence en ambulatoire, ainsi le non-respect des obligations légales d'indépendance et de confidentialité.<sup>23</sup>

Par ces aspects, et d'autres encore, la loi est novatrice. C'est dire qu'elle ne peut être mise en œuvre par les médecins que moyennant un processus d'*information* important et une *vigilance* soutenue. De nombreux médecins n'ont pas encore intégré la communication avec le patient dans leur pratique. C'est bien la raison pour laquelle, lorsque le comité d'éthique hospitalière de la Clinique St-Jean a conçu son cycle de conférences axé sur la fin de vie, il l'a placé sous le signe conjoint du «projet de soins concerté». Ceci est une manière de souligner une fois encore que les questions de fin de vie ne sont pas séparables des droits du patient, et d'une conception relationnelle de l'autonomie de ce dernier. C'est aussi une manière d'indiquer que l'adoption des trois lois évoquées a ouvert un champ de réflexions sur les pratiques professionnelles, l'éthique médicale et la déontologie qui est loin d'être clos. En ce sens, même si ces lois tracent le cadre dans lequel l'activité médicale et soignante doit prendre place, ce cadre lui-même suscite une intense

---

<sup>21</sup> Dans son *Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions concernant la fin de vie*, 23 mars 2003.

<sup>22</sup> Voir aussi: *Validité des déclarations anticipées - Soins palliatifs*, 22 septembre 2007.

<sup>23</sup> *Fonction de médiation - Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*, 22 avril 2006.

réflexion à la base, à la fois pour l'interroger et en dégager les implications concrètes, mais aussi pour en assurer la diffusion réaliste mais critique.

La loi relative aux droits du patient présente d'ailleurs un caractère particulier qui fut signalé dès les auditions: elle «marie» des «éléments moraux, éthiques, juridiques et médicaux» et constitue ainsi «un mélange détonant» qui, par les exceptions prévues, crée en outre des zones d'insécurité juridique.<sup>24</sup> Elle sollicite ainsi la réflexion de terrain. C'est d'ailleurs ce que je constate au niveau de la pratique quotidienne, en tant que présidente du comité d'éthique hospitalière de St Jean: chaque situation d'incertitude éthique nous reconduit à cette loi en nous plaçant devant la tâche de préciser sa teneur, eu égard à la situation. Car, comme les deux autres lois du triptyque, elle vise à promouvoir une certaine conception du patient: autonome certes, y compris face à la fin de sa vie et à sa mort, mais dans une relation de partenariat avec le médecin.

### *7. En guise de conclusion*

Les trois lois qui ont été évoquées ici sont décisives pour la pratique des soins. Elles ont été adoptées en tenant largement compte des expériences de terrain et des réflexions d'éthique médicale et de bioéthique, comme en témoigne le processus de consultation préalable qui a eu lieu. En même temps, elles continuent à solliciter de manière permanente la réflexion de terrain. Ces trois lois sont donc particulièrement représentatives d'un triple mouvement: un mouvement de bottom-up qui a présidé pour une bonne part à leur élaboration, un mouvement top-down qui a engagé les pratiques et la réflexion dans des voies nouvelles tout en assurant la sécurité juridique des acteurs, et enfin un mouvement bottom-up qui aboutira vraisemblablement à modifier ou à compléter ces lois.

---

<sup>24</sup> Chambre, *Documents parlementaires*, 50-1642/012 (2001-2002), pp. 38 et 39.